

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 novembre 2013

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : Mme Thalmann et M. Merz
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat au Service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1974, ressortissant français, marié et père de trois enfants, a œuvré à 100% à compter du 1^{er} décembre 2008 en qualité de contremaître auprès de l'entreprise [...] Sàrl à [...], société de transport et de déménagement.

Le 7 septembre 2010, la Caisse R._____, assureur perte de gain maladie de l'employeur, a communiqué le cas de l'assuré à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) en vue de la détection précoce, en expliquant que l'intéressé présentait une incapacité de travail totale depuis le 4 juillet 2010 en raison de maladie.

Dans un procès-verbal du 29 octobre 2010 faisant suite à un entretien du 27 octobre 2010 entre l'assuré et un conseiller en réadaptation de l'AI, ce dernier a notamment pris les conclusions suivantes:

"M.K._____ souffre de façon continue - lors de l'entrevue, il alterne les positions fréquemment. Son dernier travail (toujours sous contrat de travail actuellement et ceci jusqu'à la fin de l'année) paraît adapté. Il doit organiser les transports, mettre en place les stratégies, contrôler le travail des employés. Il n'y a aucune tâche lourde (pas de contrainte du rachis).

Nous prenons donc contact avec le Dr F._____ à [...]. Ce dernier praticien nous informe que cet assuré ne peut travailler pour le moment Il s'agit ici d'une problématique de santé invalidante - aucune activité ne pourrait être adaptée.

Une investigation sur le plan médical devra avoir lieu ces prochaines semaines - ce médecin est réellement inquiet pour notre assuré.

Le Dr F._____ nous communique que la réadaptation est impossible "pour le moment" et nous demande de diriger ce dossier vers l'instruction. Nous remettons à M. K._____ une demande de prestations".

Le 11 novembre 2010, K._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une

rente, en indiquant quant au genre de l'atteinte "lombosciatique droite/discopathie L5-S1" existant depuis 2002-2003. Il a précisé avoir présenté des périodes d'incapacité de travail totale en 2002 (deux mois), en 2006 (deux mois), en 2007-2008 (un an) et depuis le 4 juillet 2010.

Dans un questionnaire complété le 6 décembre 2010, l'employeur a précisé qu'il avait laissé à l'assuré "le genre de travail qui ne sollicitait pas son dos", soit essentiellement le planning des livraisons, la gestion du team déménagement, les devis déménagement et la gestion du garde-meuble. Il a en outre relevé avoir résilié le contrat de travail de son employé pour le 31 décembre 2010 en raison d'une restructuration de l'entreprise.

Dans un rapport médical du 7 décembre 2010 à l'OAI, le Dr C._____, chef de clinique adjoint à la Policlinique H._____, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré de lombosciatalgies droites sur déchirure annulaire L5-S1 stable existant depuis 2000 et de recrudescence des lombosciatalgies droites et apparition à gauche existant depuis juillet 2010. Il a attesté une totale incapacité de travail du 4 juillet au 31 décembre 2010 dans l'activité de déménageur, précisant que son patient pouvait reprendre une activité professionnelle n'impliquant pas de port de charges ou de position assise ou debout prolongée, à 50%, courant 2011 selon l'évolution des douleurs. Il a en outre transmis d'une part, un rapport d'IRM lombaire du 2 août 2010 concluant à la présence d'une discopathie L5-S1 apparemment stable sans évidence de compression radiculaire, ainsi qu'une discrète arthrose postérieure et d'autre part, un rapport du 9 août 2010 de la Dresse S._____, médecin associée au département de l'appareil locomoteur (DAL) de l'hôpital M._____, laquelle a notamment fait état des éléments suivants:

"IRM lombaire du 2 août 2010

Examen tout à fait rassurant, ne montrant pas de compression radiculaire. Les images ont été comparées à l'IRM de 2000 et en 10 ans d'évolution, la discopathie L5-S1 est stable. Les autres disques sont d'aspect normal. Au niveau de la discopathie, il y a une discrète

protrusion médiane du disque mais sans aucune compression radiculaire. Discrète arthrose postérieure.

Appréciation, propositions:

Monsieur K._____ présente une récurrence douloureuse de lombosciatalgies droites dans un contexte de discopathie L5-S1 connue et traitée déjà en 2000. A l'époque, nous avons eu beaucoup de problèmes de prise en charge, le patient ne répondant à aucune médication ou traitement physique. Il a déjà été pris en charge à l'unité du Rachis de manière stationnaire mais nous avons été confrontés à un échec total. En 2007, il a été revu pour la même symptomatologie et à nouveau divers traitements ont été essayés y compris une prise en charge au centre d'antalgie de l'hôpital M._____ (Dr P._____ et Dresse L._____ du service de psychiatrie de liaison). A nouveau, nous nous sommes heurtés à un échec.

L'évaluation clinique d'aujourd'hui montre un syndrome lomboveertébral, des douleurs à la mobilisation segmentaire lombaire et surtout des dysbalances musculaires. Le patient est aussi très anxieux et le retour au travail semble compromis. Je dois avouer que je n'ai pas beaucoup de propositions thérapeutiques à vous faire. En effet, la reprise d'un travail physique plus intensif en physiothérapie sera certainement mise à l'échec et dans l'immédiat, je lui ai proposé un traitement d'Oxycontin 5 mg matin et soir avec Oxynorm 5 mg 2-3 x/j en fonction des douleurs. Je lui ai bien indiqué d'arrêter le Mefenacid et le Co-Dafalgan.

Au cas où ce traitement n'amènerait pas l'antalgie souhaitée, je vous propose de reprendre contact avec le centre d'antalgie pour évaluer l'opportunité de blocs facettaires (l'arthrose postérieure peut avoir une influence non négligeable dans l'origine des douleurs) et profiter en même temps d'une consultation conjointe avec la psychiatrie".

Dans un rapport médical du 6 janvier 2011 à l'OAI, le Dr F._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, ainsi qu'en médecine du dos auprès de la Clinique [...] à [...], a posé les diagnostics de lombosciatalgie droite dans un contexte de discopathie dégénérative modérée L5-S1, de séquelle de maladie de Scheuermann charnière thoraco-lombaire et d'hypoextensibilité musculaire des secteurs sous-pelviens, ainsi que d'un état anxio-dépressif réactionnel présent depuis 1999. Il a attesté une totale incapacité de travail en qualité de gestionnaire du 4 juin 2010 au 21 janvier 2011, date d'une probable exigibilité professionnelle à 50%, relevant les éléments suivants s'agissant du pronostic:

"Actuellement, on fait face à un syndrome lombo-vertébral dont l'origine est intriquée. A mon avis, on doit retenir l'existence d'une origine discogène au vu de l'évolution malgré tout favorable de

cette translation latérale du tronc au cours de ces dernières semaines. Cependant, il existe en toile de fond des signes de non organicité avec notion de non récupération nocturne, laissant entrevoir la possibilité d'une interférence sous forme d'une hypersensibilité d'ordre central. Un complément d'analyse antalgique instrumentale aurait pu être possible, mais malheureusement le geste de bloc radiculaire a été mal toléré, révélant bien cette dimension d'hypersensibilité et rendant totalement illusoire la fiabilité de ces examens. Dans ce contexte, je ne pense pas qu'il soit judicieux de procéder à une exploration discale, car celle-ci n'amènerait certainement pas à une intervention chirurgicale de type spondylodèse".

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à l'examen de son Service médical régional (ci-après: le SMR). Par avis médical du 28 janvier 2011, le Dr J._____ du SMR a retenu que la capacité de travail était nulle du 4 juillet 2010 au 21 janvier 2011 dans l'activité habituelle, puis de 50% dès le 21 janvier 2011. Compte tenu des limitations fonctionnelles liées à la pathologie rachidienne (alternance des postures, pas de port de charges de plus de 5 kg, port des charges près du corps, faible inclinaison ou torsion du buste), la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% dès le 21 janvier 2011.

Dans un rapport d'évaluation du 15 mars 2011 faisant suite à un entretien du 14 mars 2011 entre l'assuré et des conseillers du service de réadaptation professionnelle de l'AI, les éléments suivants ont été retenus au chapitre "conclusion":

"Au mois d'octobre 2010, nous avons rencontré dans le cadre de la détection précoce cet assuré. Nous avons constaté que son état de santé n'était pas stabilisé. Nous avons pris contact avec son médecin traitant, le Dr F._____ qui nous disait qu'aucune mesure ne pouvait améliorer, en ce temps-là, sa capacité de travail. Depuis, il a été constaté une amélioration au niveau de sa problématique (dos), ce qui entraîna l'établissement du rapport SRM [recte: SMR] — exigibilité 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Maintenant, nous revoyons notre assuré dans le cadre de l'intervention précoce. Dès son arrivée à l'Office AI, nous remarquons que notre assuré rencontre de la difficulté autant à se lever qu'à marcher. Il se plaint de ses douleurs et tremble de façon peu habituelle. Nous prenons alors contact avec le médecin qui le suit actuellement, le Dr C._____. Ce dernier praticien nous renseigne sur l'état actuel: aggravation de l'état de santé, maladie fonctionnelle et troubles psychiques importants. Aucune mesure ne doit être mise en place avant que les résultats des examens médicaux, qui auront lieu encore ce mois, ne soient connus. Nous soumettons notre proposition d'une observation professionnelle

Copai et ce médecin nous indique qu'il est favorable à cette démarche. Maintenant, nous téléphonons à l'assureur maladie perte de gain qui nous informe qu'une expertise rhumato-psy aura lieu d'ici à la fin avril 2011. Le médecin conseil, le Dr G._____, a effectivement constaté l'aggravation. Pour rappel, notre assuré doit déposer son dossier pour le libre passage. Nous le lui rappelons à cet effet. Le Copai accepte notre assuré dès le 8 août 2011. Suivant ce qui se passera dans l'avenir, nous pourrions peut-être changer de mesure.

Nous attendons les éléments de la Caisse R._____ et les informations médicales (résultats d'examens)".

Par communication du 23 mars 2011, l'OAI a octroyé à l'assuré une orientation professionnelle afin d'examiner ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail.

Par décision du 15 avril 2011, l'OAI a accordé du 8 août au 2 septembre 2011 des indemnités journalières en indiquant comme motif: "Observation/instruction".

Le 4 mai 2011, la Caisse R._____ a transmis à l'OAI le rapport d'expertise médicale du 27 avril 2011 établi par le Dr B._____, spécialiste en rhumatologie, à la demande de l'assureur perte de gain. Le Dr B._____ a retenu les diagnostics de discopathie L5-S1 modérée, de syndrome d'amplification des douleurs et troubles de la marche d'origine fonctionnelle et d'état anxieux. S'agissant de la capacité de travail, le praticien a exposé ce qui suit:

"Alors qu'il était porteur de la même discopathie, le patient a pu être actif à 100% entre 2002 et 2009. L'origine de l'aggravation depuis juillet 2010 est obscure. En l'absence d'organicité nouvelle, j'estime donc que les anciens travaux pratiqués par le passé (coursier médical ou gestionnaire dans une entreprise) sont accessibles à un taux complet dès le 01.05.2011. Dès lors et au vu du licenciement, une inscription au chômage serait envisageable avec le délai habituel. Le Dr F._____, dans son rapport à l'AI de janvier 2011 justifiait l'incapacité de travail (j'en ferais autant) mais proposait déjà une exigibilité à 50% depuis début février 2011, pour moi l'exigibilité est de 100% dans une activité adaptée au rachis (possibilité de changement des postures, pas de travail en porte-à-faux prolongé, pas de port de charge régulier).

Le patient sera suivi par la Drsse U._____ du service de neurologie de l'hôpital M._____, peut-être qu'une évaluation psychiatrique sera décidée, je ne me prononce pas sur ce plan".

Par avis médical du 10 mai 2011, le Dr W. _____ du SMR a constaté que le Dr B. _____ confirmait les conclusions du rapport SMR du 28 janvier 2011 en retenant toutefois qu'une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée était effective dès le 1^{er} mai 2011 en lieu et place du 21 janvier 2011 comme indiqué dans le rapport SMR.

Par avis médical du 2 août 2011, le Dr W. _____ a indiqué qu'il y avait lieu de repousser le stage au COPAI, l'assuré ayant eu un accident à la main droite avec sections des tendons.

Dans un rapport médical du 18 août 2011 à l'OAI, la Dresse Q. _____, cheffe de clinique adjointe à la Clinique N. _____, a attesté une incapacité de travail à 100% dès le 2 juillet 2011, date à laquelle l'assuré a présenté une plaie de la face palmaire au poignet droit avec sections complètes des tendons du petit et du grand palmaires par le débris d'une vitre. Elle a précisé que le pronostic de récupération était bon, a priori sans séquelles et que l'assuré pouvait reprendre une activité professionnelle le 1^{er} octobre 2011 à 100%. Elle a toutefois constaté que le patient présentait une hypersensibilité à la percussion de la cicatrice avec un Tinel positif en regard de la cicatrice. Il n'y avait cependant pas de déficit sensitif dans les doigts. La mobilité des doigts était complète, le patient étant algique à la mobilisation du poignet.

Par avis médical du 14 octobre 2011, le Dr W. _____ a estimé que l'assuré était apte à effectuer le stage au COPAI, la fin de l'incapacité de travail temporaire pour l'atteinte au poignet étant fixé à fin septembre 2011.

Par communication du 26 janvier 2012, l'OAI a octroyé à l'assuré une orientation professionnelle du 27 février au 23 mars 2012 au COPAI de [...] afin d'examiner ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail.

Par décision du 2 février 2012, l'OAI a accordé du 27 février au 23 mars 2012 des indemnités journalières en indiquant comme motif: "Observation/instruction".

Dans un rapport final du 30 mars 2012, le COPAI a retenu que l'assuré était en mesure de mettre ses compétences à disposition du marché du travail à 50% avec des rendements proches de la norme. L'équipe d'observation a en outre relevé que malgré une installation très forte dans ses douleurs, l'assuré devait procéder à un profond changement d'état d'esprit et ainsi rentrer dans le processus de réinsertion professionnelle. Il y avait certes un inconfort marqué au niveau des jambes et du dos qui pouvaient influencer son comportement, mais l'assuré pouvait être efficace et performant quand il le voulait bien. Des activités de contrôle qualité, de montage léger ou de conduite de petites machines automatiques étaient à la portée de l'assuré, pour autant qu'elles respectaient les limitations décrites par le SMR, en permettant l'alternance des positions à l'établi ou derrière une machine. L'assuré devait également faire un effort pour prouver qu'il était prêt à réintégrer le marché du travail, l'image donnée par l'assuré n'étant pas optimale face à un nouvel employeur. Dans ce contexte, une aide au placement accompagnée d'une mesure d'observation de trois mois au moins, pour vérifier l'endurance de l'assuré, devait être mise en place dans une des activités et selon l'employabilité proposée ci-dessus. Dans un rapport du 26 mars 2012 faisant suite à plusieurs examens cliniques de l'assuré, le Dr V._____, médecin-conseil au COPAI, a constaté que l'assuré présentait des troubles statiques vertébraux marqués et une importante contracture musculaire paravertébrale bilatérale lombaire invariable entre mai 2011 et février 2012. Il se plaignait en outre de divers symptômes comme des vertiges, des céphalées, des tremblements, ainsi que de pertes de connaissance itératives en février 2011 pour laquelle il a été hospitalisé à l'hôpital M._____ en février 2011 et en juillet 2011 en raison d'un accident au poignet. Le Dr V._____ a estimé qu'il convenait de vérifier son endurance sur une période de trois mois à 50%, taux de présence à réévaluer par la suite.

Par avis médical du 8 mai 2012, le Dr W._____ a considéré que le rapport du COPAI (incluant l'évaluation du Dr V._____) confirmait les conclusions du rapport SMR de janvier 2011, à savoir que si le travail lui plaît, l'assuré a des rendements dans la norme.

Le 22 mai 2012, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision par lequel il a refusé l'octroi de prestations (mesures professionnelles et rente). Il a ainsi constaté que l'assuré présentait une incapacité de travail sans interruption notable à compter du 4 juillet 2010, date du début du délai d'attente d'une année. A l'échéance du délai précité, soit en date du 4 juillet 2011 et après examen de son dossier par le SMR, l'OAI a retenu que la capacité de travail de l'assuré était de 50 % dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée à son état de santé et respectant les limitations fonctionnelles (alternance des postures, pas de port de charges de plus de 5 kgs, port des charges près du corps, faible inclinaison ou torsion du buste) depuis le 21 janvier 2011 déjà. L'OAI a dès lors procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'901 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et services) en 2010, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2010 (41.6 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2011 (+1.33%) et d'un taux d'abattement de 10%, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 55'780 fr. 17. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 65'864 fr. 50, mettait en évidence une perte de gain de 10'084 fr. 33, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 15.31 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou pour l'octroi de mesures professionnelles.

Par communication du même jour, l'OAI a octroyé à l'assuré une aide au placement.

Faisant suite au projet de décision du 22 mai 2012, le Dr C._____ a, à la demande de l'assuré, fait notamment part des remarques suivantes:

"(...) vous mentionnez que l'incapacité de travail se termine le 21.01.2011. Cette date de probable retour à la capacité de travail était stipulée dans le dernier rapport du Dr F. _____ daté du 06.01.2011. Ce confrère n'a toutefois pas revu Monsieur K. _____ après cette date et l'évolution des symptômes a été malheureusement moins bonne qu'il l'escomptait. En effet, les symptômes répondent mal au traitement médicamenteux et des infiltrations ont encore été nécessaires par la suite. De plus, l'évaluation au COPAI à [...] prévue initialement en août 2011 a dû être repoussée en raison d'une chute avec section des tendons suivie à la Clinique N. _____ à [...], expliquant l'extension prolongée de l'incapacité de travail. Il me semble donc important que les dates stipulées dans votre rapport correspondent à la réalité actuelle et non pas à celle estimée en janvier 2011.

Finalement, concernant les limitations fonctionnelles (alternance des postures, pas de port de charges de plus de 5 kg, port de charges près du corps, faible inclinaison ou torsion du buste), elles restent d'actualité comme vous avez pu le constater lors de l'évaluation au COPAI de [...] récemment. Même en considérant une capacité de travail complète, il semble que trouver un poste de travail tenant compte des limitations fonctionnelles reconnues pourra s'avérer problématique au vu du marché du travail actuel et des différents postes de travail trouvés par Monsieur K. _____ par le passé qui se sont tout de même soldés par une récurrence des symptômes. Monsieur K. _____ me mentionne qu'il pourra faire appel à votre aide au placement, ce qui me paraît une très bonne aide, mais trouver une place de travail avec constante alternance des postures pourrait s'avérer difficile dans la pratique".

Par courrier du 14 juin 2012, l'assuré a formellement contesté le projet de décision du 22 mai 2012. Il a indiqué qu'il était disposé à ce que l'OAI l'aide à trouver un travail à 50%.

Dans une note relative à un premier entretien avec l'assuré le 21 juin 2012, l'assuré a indiqué que sa capacité résiduelle était au maximum de 50%.

Dans un rapport final du 22 juin 2012 relatif à une aide au placement, l'OAI a mis un terme au dossier, toutes tentatives de réinsertion au sein de l'économie primaire étant vouées à l'échec.

Par courrier du 19 juillet 2012, l'assuré, désormais représenté par Me Jean-Marie Agier, a déclaré qu'il ne comprenait pas pour quelle

raison l'OAI ne l'aidait pas à trouver une activité à 50% comme indiqué dans le rapport du COMAI du 26 mars 2012.

Par avis médical du 23 juillet 2012, le Dr X. _____ du SMR a constaté que la plaie au poignet survenue en juillet 2012 n'avait entraîné qu'une incapacité de travail transitoire, soit de juillet à fin septembre 2011, raison pour laquelle une incapacité de travail totale continue ne pouvait être retenue depuis juillet 2010 dans toute activité. Le Dr X. _____ a dès lors conclu que le rapport médical du Dr C. _____ n'apportait pas d'élément médical objectif nouveau susceptible de modifier l'appréciation de l'exigibilité faite précédemment par le SMR.

Par décision du 27 juillet 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision du 22 mai 2012.

B. Par acte de son mandataire du 16 août 2012, K. _____ recourt contre la décision du 27 juillet 2012 et conclut, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2011. Le recourant constate que le Dr C. _____ a conclu à une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée courant 2011 selon l'évolution des douleurs, le Dr F. _____ retenant une capacité de travail de 50% dans la profession de gestionnaire à partir de fin janvier 2011. Le Dr V. _____ a, quant à lui, préconisé de commencer à 50% durant trois mois dès février 2012, taux de présence à réévaluer par la suite. Dans ce contexte, le recourant s'étonne que le Dr W. _____ puisse se limiter à retenir que le "*rapport du COPAI (incluant l'évaluation du Dr V. _____) confirme les conclusions du Rapport SMR de janvier 2011; si le travail lui plaît, l'assuré a des rendements dans la norme*". Le COMAI ayant retenu une capacité résiduelle de travail de 50%, il convient de procéder à une comparaison des revenus sur cette base, qui aboutit à une perte de gain de 27'890 fr.08, correspondant à un degré d'invalidité de 57%, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 65'864 fr. 50.

Par décision du 18 septembre 2012 (AJ12.030564), le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 16 août 2012 sous forme d'une exonération d'avances et de frais judiciaires, ce dernier devant toutefois s'acquitter d'une franchise mensuelle de 50 fr. dès le 1^{er} octobre 2012 jusqu'au 31 mai 2013.

Dans sa réponse du 16 octobre 2012, l'intimé propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il se réfère au rapport d'expertise rhumatologique du 27 avril 2011 du Dr B._____, lequel a conclu à une capacité de travail totale dans une activité adaptée au 1^{er} mai 2011, ce qui confirme, selon l'intimé, les conclusions du Dr J._____ du SMR dans son rapport du 28 janvier 2011. Il estime enfin que le rapport d'expertise doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Dans sa réplique du 19 novembre 2012, le recourant qualifie le rapport du Dr B._____ de "riquiqui" et rappelle qu'un rapport établi à la demande d'un assureur LCA ne peut que difficilement être vu comme un rapport neutre et objectif.

Dans sa duplique du 17 décembre 2012, l'intimé indique qu'il s'est principalement fondé sur le rapport du Dr B._____ lequel a conclu à une capacité de travail totale dans une activité adaptée confirmant ainsi les conclusions du SMR du 28 janvier 2011.

Dans ses déterminations du 11 septembre 2013, le recourant fait état d'un rapport du Centre Y._____ du 28 juin 2013 établi à l'intention de l'OAI. Ledit rapport a conclu que l'endurance dont faisait état le COMAI dans son rapport du 30 mars 2012, ne pouvait en aucun cas dépasser les 50%.

Dans ses déterminations du 21 octobre 2013, l'intimé indique qu'il se rallie à l'avis médical du 15 octobre 2013 rendu par le SMR, lequel a, au vu du rapport du Centre Y._____, conclu à la nécessité de réévaluer l'exigibilité médicale du recourant par une nouvelle expertise comportant un volet rhumatologique et un volet psychiatrique, la dernière

appréciation médicale ostéo-articulaire neutre et indépendante remontant à avril 2011.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, dans la composition de 3 juges, est compétente pour statuer (cf. art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 1 et 4 LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le

recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al.1

LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou

comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

4. En l'espèce, le recourant fait valoir que son incapacité de travail est à tout le moins de 50%, si bien que c'est à tort que le droit à la rente lui a été nié.

a) Sur le plan somatique, il ressort du dossier que le recourant souffre depuis 2000 de lombosciatalgies à droite sur déchirure annulaire L5-S1 avec une recrudescence en juillet 2010 des lombosciatalgies du membre inférieur droit avec de nouvelles douleurs similaires au membre inférieur gauche, sous forme de paresthésies irradiant en sciatalgies, accompagnées d'un manque de force subjectif (rapport médical du 7 décembre 2010 du Dr C._____). Sans se prononcer sur la capacité de travail de son patient, la Dresse S._____ a évoqué un syndrome lombovertébral, des douleurs à la mobilisation segmentaire lombaire et surtout des dysbalances musculaires (rapport médical du 9 août 2010). Le Dr F._____, spécialiste de la colonne vertébrale, a posé les diagnostics de lombosciatalgie droite dans un contexte de discopathie dégénérative modérée L5-S1, de séquelle de maladie de Scheuermann charnière thoraco-lombaire et d'hypoextensibilité musculaire des secteurs sous-pelviens (rapport médical du 6 janvier 2011). Il a fait état d'un syndrome lombo-vertébral avec l'existence d'une origine discogène et d'une hypersensibilité d'ordre central.

b) S'agissant de la capacité de travail, il sied de rappeler que le recourant a présenté une totale incapacité de travail à compter du 4 juillet 2010, élément qui n'est pas contesté par l'intimé. Dans sa décision du 27 juillet 2012, l'intimé a cependant considéré que le recourant présentait une capacité de travail totale dès le 21 janvier 2011, raison pour laquelle il n'avait pas droit à une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente d'un an à compter du 4 juillet 2010.

Il ressort du dossier que le Dr C._____ a attesté une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée courant 2011 selon l'évolution

des douleurs (rapport médical du 7 décembre 2010). Le Dr F._____ a estimé, quant à lui, que la profession habituelle de gestionnaire était adaptée (cf. réponse à la question 1.4, rapport médical du 6 janvier 2011) et que le recourant présentait une "probable exigibilité professionnelle" de 50% dès le 21 janvier 2011. Le rapport SMR du 28 janvier 2011 comporte des notes de bas de page qui démontrent que le Dr J._____ s'est fondé sur les rapports médicaux des Drs F._____ et C._____ pour déterminer la capacité résiduelle du recourant dans une activité adaptée. Toutefois, si le Dr F._____ a finalement retenu la date du 21 janvier 2011 comme probable exigibilité professionnelle, il n'a, comme le Dr C._____, nullement fait état d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée. L'appréciation réalisée par le Dr J._____, en l'absence de tout examen clinique du recourant, ne saurait dès lors être qualifiée de suffisamment fiable pour statuer sur le droit à la rente, compte tenu des divergences sur l'évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant. A cela s'ajoute qu'en mars 2011 (cf. rapport d'évaluation du 15 mars 2011), le Dr C._____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de son patient (maladie fonctionnelle et troubles psychiques importants), alors que le Dr V._____ a constaté la présence de troubles statiques vertébraux marqués et d'une importante contracture musculaire paravertébrale bilatérale lombaire invariable entre mai 2011 et février 2012, si bien qu'il convenait de vérifier l'endurance de l'intéressé sur une période de trois mois à 50%, taux de présence à réévaluer par la suite (rapport du 26 mars 2012).

Dans sa réponse au recours du 16 octobre 2012, l'intimé a fait valoir que la décision attaquée se fondait en réalité sur le rapport d'expertise rhumatologique du 27 avril 2011 du Dr B._____, raison pour laquelle la reconnaissance d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 21 janvier 2011 était entièrement justifiée. Contrairement à l'opinion de l'intimé, le rapport du 27 avril 2011 du Dr B._____ ne fournit pas les éléments nécessaires pour juger de la capacité de travail du recourant. En effet, l'expert a tout d'abord fait état d'examens médicaux qu'il a qualifiés de complets, sans en fournir ni la liste ni la description. De même, on ignore quels sont les éléments sur

lesquels il s'est fondé pour rédiger son rapport. Il n'a par ailleurs pas expliqué pour quels motifs il s'écartait de l'appréciation des Drs F. _____ et C. _____ sur la question de la capacité résiduelle de travail (rapport, op. cit. p. 5). Sur ce point, il s'est limité à attester que "*les anciens travaux pratiqués par le passé (coursier médical ou gestionnaire dans une entreprise) étaient accessibles à un taux complet dès le 01.05.2011*", tout en précisant qu'une activité adaptée au rachis était exigible à 100% dès février 2011. On peut toutefois s'étonner que le Dr B. _____ ait pu aboutir à une telle conclusion alors même qu'il signalait dans le même temps que l'intéressé avait été hospitalisé à l'hôpital M. _____ en février 2011 (neurologie) pour des troubles de la marche d'origine fonctionnelle et qu'il était encore suivi sur le plan neurologique par la Dresse U. _____. Enfin, tout en admettant qu'il n'avait pas les compétences pour juger d'une comorbidité psychiatrique sous-jacente, le Dr B. _____ a conclu que le recourant présentait un syndrome d'amplification des douleurs. Dans ce contexte, il y a lieu de retenir que le rapport du Dr B. _____ n'est pas suffisamment complet ou probant pour juger de la capacité de travail du recourant dès le 21 janvier 2011.

c) A la lumière des éléments exposés ci-avant, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à la nature des atteintes dont souffre le recourant et à leurs conséquences sur sa capacité de travail. L'instruction menée par l'intimé est donc insuffisante et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit.

A cela s'ajoute que le dossier médical du recourant ne comporte pas d'expertise psychiatrique ou d'appréciation émanant d'un spécialiste en psychiatrie permettant de statuer en toute connaissance de cause sur une éventuelle pathologie psychiatrique susceptible d'avoir une influence sur sa capacité de travail. La Dresse S. _____ a ainsi mentionné que le recourant était "très anxieux", alors que le Dr F. _____ a signalé la présence d'un état anxio-dépressif réactionnel présent depuis 1999 (rapport médical du 6 janvier 2011), avec un probable problème de non organicité. Le Dr B. _____ a, quant à lui, évoqué un syndrome

d'amplification des douleurs et a laissé ouverte la question d'une éventuelle évaluation psychiatrique. Enfin, il convient de relever que le dossier ne comporte aucun rapport d'examen neurologique, bien qu'un suivi neurologique avait notamment été évoqué par le Dr B._____.

5. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, au vu des contradictions en cause et des lacunes d'instruction, au plan psychiatrique et neurologique notamment, il s'avère que ni l'état de santé du recourant dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ont pu être établis de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, qui a, dans ses déterminations

du 21 octobre 2013, finalement admis la nécessité de procéder à une expertise. L'intimé rendra dès lors une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier les points précités, en particulier par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, contenant notamment un volet psychiatrique, rhumatologique et neurologique (cf. art. 44 LPGGA).

c) Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner les autres arguments invoqués par le recourant.

6. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'intimé débouté.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. à la charge de l'intimé.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 27 juillet 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la

cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à K._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Marie Agier (pour le recourant), avocat auprès du Service juridique d'Intégration handicap, à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :